

Elaboración y validación de la Escala Brasileña de Percepción sobre la Eutanasia

Beatriz Murata Murakami¹, Renata Eloah de Lucena Ferretti-Rebustini², Fernanda Amendola³, Fabiane de Amorim Almeida³

1. Hospital DF Star, Brasília/DF, Brasil. 2. Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, Brasil. 3. Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo/SP, Brasil.

Resumen

Esta investigación buscó desarrollar un instrumento para identificar la percepción del profesional enfermero sobre la eutanasia y probar su evidencia de validez de contenido, proceso de respuesta, estructura interna y confiabilidad. Se realizó un estudio psicométrico mediante la evaluación realizada por un comité de jueces, pretest y validación. El proceso de validación incluyó a 821 enfermeros. Se realizaron análisis factoriales exploratorios y confirmatorios. Se elaboraron 55 ítems con base en una revisión de la literatura y, luego del análisis de los jueces, se aplicaron las modificaciones sugeridas, y todos los ítems mostraron concordancia superior al 80% entre los evaluadores. Los análisis factoriales exploratorio y confirmatorio indicaron un ajuste satisfactorio de un modelo bidimensional y buenos índices de confiabilidad ($\alpha=0,85$; $\Omega=0,89$). La escala de 12 ítems mostró buena evidencia de validez y confiabilidad y puede ser utilizada para medir la percepción del personal enfermero sobre la eutanasia.

Palabras clave: Eutanasia. Psicometría. Ética en enfermería. Estudio de validación. Bioética. Conocimientos, actitudes y práctica en salud. Percepción social.

Resumo

Elaboração e validação da Escala Brasileira de Percepção sobre Eutanásia

Esta pesquisa buscou elaborar um instrumento para identificar a percepção de enfermeiros sobre eutanásia e testar suas evidências de validade de conteúdo, processo de resposta, estrutura interna e confiabilidade. Realizou-se estudo psicométrico por meio de avaliação empreendida por comitê de juízes, pré-teste e validação. O processo de validação incluiu 821 enfermeiros. Realizaram-se análises fatoriais exploratórias e confirmatórias. Elaboraram-se 55 itens com base em revisão de literatura e, após análise por juízes, as alterações sugeridas foram aplicadas, e todos os itens apresentaram concordância acima de 80% entre os avaliadores. As análises fatoriais exploratória e confirmatórias indicaram um ajuste satisfatório de um modelo bidimensional e bons índices de confiabilidade ($\alpha=0,85$; $\Omega=0,89$). A escala de 12 itens demonstrou boas evidências de validade e confiabilidade, podendo ser utilizada para mensurar a percepção sobre eutanásia por enfermeiros.

Palavras-chave: Eutanásia. Psicometria. Ética em enfermagem. Estudo de validação. Bioética. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Percepção social.

Abstract

Elaboration and validation of the Brazilian Scale of Perception about Euthanasia

This research elaborated an instrument to identify nurses' perception on euthanasia and test its content validity, response process, internal structure and reliability evidences. A psychometric study was conducted through evaluation by a committee of judges, pre-test, and validation. The latter step included 821 nurses. Exploratory and confirmatory factor analyses were performed. A total of 55 items were elaborated based on a literature review. After review by judges and applying the suggested changes, all items showed agreement above 80% between evaluators. Exploratory and confirmatory factor analyses indicated a satisfactory fit of a two-dimensional model and good reliability indices ($\alpha=0.85$; $\Omega=0.89$). The 12-item scale showed good validity and reliability evidences, and can be used to measure nurses' perception on euthanasia.

Keywords: Euthanasia. Psychometrics. Ethics, nursing. Validation study. Bioethics. Health knowledge, attitudes, practice. Social perception.

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Aprobación CEP-Einstein 2.060.816

Los enfermeros, durante su día a día profesional, a menudo se enfrentan a situaciones conflictivas y deben estar preparados para gestionarlas de manera crítica y responsable¹. El posicionamiento ético es especialmente difícil en situaciones que implican vida y muerte, debido al hecho de que los valores de carácter bioético, moral, familiar y religioso de todos los involucrados permean las decisiones que se deben tomar^{1,2}. Los dilemas del final de la vida y la forma en que se manejan a menudo se cuestionan, ya que los valores bioéticos pueden superponerse, dificultando la comprensión y la resolución de las situaciones^{1,2}.

Teniendo en cuenta este escenario generado por las nuevas paradojas relacionadas con el avance de la medicina, diversos países han estado discutiendo la mejor manera de manejar tales dilemas éticos e incluso han revisado sus leyes. Esa realidad abarca a Brasil, considerando que hay una propuesta de cambio en el Código Penal (Proyecto de Ley 236/2012) en tramitación a la espera de la designación del relator, respecto a un nuevo entendimiento y punición para los casos de eutanasia^{3,4}.

La palabra “eutanasia”, de origen griego, fue creada por Francis Bacon en 1605, y en esa época significaba “buena muerte”. Entendida actualmente como una acción médica que provoca deliberadamente la muerte del paciente, previa solicitud voluntaria y expresa de dicho paciente¹, la eutanasia puede clasificarse conceptualmente —según el acto y la voluntad del paciente— como activa o pasiva, y voluntaria, involuntaria o no voluntaria, respectivamente.

En la eutanasia activa, la muerte se induce mediante la administración de medicamentos por terceros, mientras que, en la eutanasia pasiva, se retiran los equipos y se suspenden los medicamentos que mantienen la vida⁵.

En la eutanasia voluntaria, la decisión es el resultado de la deliberación individual, informada y aclarada del paciente; mientras que la involuntaria se da cuando la persona no manifestó el deseo de este desenlace, por lo que se caracteriza como homicidio. A su vez, la eutanasia no voluntaria, también llamada presumida, ocurre cuando no se ha hecho explícita la voluntad del paciente, pero, teniendo en cuenta su incapacidad de decidir en ese momento, puede realizarse mediante la solicitud de un representante en salud⁵.

La eutanasia es ilegal en la mayoría de los países, sin embargo, las discusiones sobre el tema son frecuentes. Existen diferentes puntos de vista sobre el hecho, considerando prioritariamente los principios bioéticos: parte de las personas defiende la eutanasia para preservar la autonomía de los individuos, al paso que otros se oponen a esta porque valoran mayoritariamente la beneficencia y la no maleficencia^{1,5}. Se cree que es importante que los enfermeros reflexionen, individual y colectivamente, sobre sus responsabilidades éticas y legales y sobre sus percepciones acerca del tema; una preocupación contemporánea, compleja y controvertida⁶.

Buscando medir la percepción de los enfermeros sobre la eutanasia de forma válida y confiable, este estudio propone desarrollar un instrumento específico para tal fin, cumpliendo con todo el rigor científico de las etapas de elaboración y validación de los instrumentos de medición psicológica.

“Percepción” es un término amplio, entendido en este trabajo como el proceso de organizar e interpretar los datos recibidos para desarrollar la consciencia de uno mismo y del entorno. Se trata de un proceso activo y complejo que implica diversas actividades cognitivas, como la atención, la memoria, las actitudes, la opinión, los sentimientos, las creencias y las experiencias anteriores⁷.

Por lo tanto, este artículo tiene como objetivo desarrollar un instrumento para identificar la percepción de los enfermeros sobre la eutanasia y probar las evidencias de validez de contenido, proceso de respuesta, estructura interna y confiabilidad del instrumento propuesto.

Método

Se trata de un estudio psicométrico de construcción y validación de instrumentos de medida en salud, realizado en cinco etapas, descritas a continuación.

Etapa 1: revisión bibliográfica y elaboración de los ítems del instrumento

Se utilizó una búsqueda bibliográfica realizada en las bases de datos MEDLINE, LILACS, Cochrane Library, Cinahl, Base de Datos en Enfermería (BDENF) y Education Resources Information Center (Eric), con los siguientes descriptores y sus correlatos en inglés y portugués: “emociones”, “actitud”, “religión”,

“eutanasia”, “psicometría”, “bioética” y “enfermería”. Se incluyeron trabajos en portugués, inglés y español, publicados entre el 2005 y el 2015, que trataban sobre sentimientos, creencias y actitudes sobre la eutanasia. Los datos relativos a los estudios seleccionados se tabularon en una hoja de cálculo electrónica y, por cada mención de un sentimiento, creencia o actitud, se elaboró un ítem para componer el instrumento.

Etapa 2: validación de contenido

Para evaluar los ítems elaborados, se constituyó un panel con diez especialistas en bioética de diversos campos de actuación profesional, con más de cinco años de formación y experiencia práctica con dilemas éticos al final de la vida.

Los especialistas evaluaron la claridad, la relevancia/pertinencia y la dimensionalidad de cada ítem propuesto, según la escala de acuerdo: -1=“no estoy de acuerdo con mantener el ítem”; 0=“estoy parcialmente de acuerdo con mantener el ítem”; y +1=“estoy de acuerdo con mantener el ítem”. Para los ítems evaluados como 0 o -1, se solicitaron sugerencias de modificación, y los ítems fueron reformulados y sometidos a una nueva ronda de evaluación, hasta que se llegara a un consenso.

El acuerdo interjueces se evaluó mediante el coeficiente AC2 de Gwet, con un intervalo de confianza del 95% (IC95%) y un nivel de significancia del 5%, y el índice de validez de contenido (IVC) mediante la fórmula “% de acuerdo=suma de puntuación en cada pregunta, dividido por el número de participantes y multiplicado por 100”. Para ambas pruebas se consideraron aceptables los valores $\geq 0,80$. Los análisis se realizaron con ayuda del programa SPSS.

También se realizó una preprueba para validar el proceso de respuesta, con diez enfermeros estudiantes del curso de especialización *lato sensu* en enfermería en emergencia y urgencia de una institución privada de enseñanza superior en la ciudad de São Paulo/SP, que fueron invitados a responder al instrumento. Se les solicitó que evaluaran la claridad y la facilidad de comprensión de los ítems propuestos, señalando aspectos de mejora con relación al proceso de llenado.

Etapa 3: análisis crítico de los ítems aprobados y elaboración del instrumento

Las autoras analizaron los ítems aprobados en la etapa anterior teniendo en cuenta los criterios,

la estructura, la composición y la denominación de ítems del Guideline patient-reported outcome measurement information system (Promis) sobre la estandarización científica del desarrollo y validación de instrumentos⁸. A continuación, se construyó el instrumento de manera que cada ítem estuviera acompañado de una escala tipo Likert, que varió de 1=“totalmente en desacuerdo” a 5=“totalmente de acuerdo”.

Etapa 4: validación de la estructura interna y análisis de confiabilidad

El instrumento fue aplicado a una muestra de enfermeros, estudiantes de 18 cursos diferentes de especialización *lato sensu* de la referida institución. El cálculo de la muestra se realizó teniendo en cuenta un número mínimo de 20 encuestados por ítem.

La muestra se aleatorizó en dos subgrupos (A y B). El subgrupo A se utilizó para realizar análisis factorial exploratorio (AFE) y de confiabilidad, y el subgrupo B, para realizar análisis factorial confirmatorio (AFC). La factorización de los datos se verificó en el subgrupo A mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y mediante la prueba de esfericidad de Bartlett (TEB), considerándose adecuados los valores $>0,70$ y $<0,05$, respectivamente⁹.

La extracción de los datos se realizó mediante el método de los mínimos cuadrados no ponderados, a partir de una matriz de correlación policórica, con rotación Oblimin. Se excluyeron los ítems con cargas factoriales $<0,50$, con comunalidades $<0,40$ o con doble saturación. Se consideró suficiencia del conjunto de ítems si la varianza total explicada era $\geq 60\%$ ⁹.

La confiabilidad se calculó usando el alfa de Cronbach (α) y el omega de McDonald (Ω). Se consideraron ideales los valores entre 0,70 y 0,90, con un intervalo de confianza del 95% para ambos⁹. Los análisis se realizaron con ayuda del programa R.

Los ítems aprobados en esta etapa se sometieron al AFC por el método de la máxima verosimilitud, considerando los siguientes criterios de adecuación: razón chi-cuadrado (χ^2)/grados de libertad (GL), <2 =excelente y de 3 a 5=bueno; índice de adecuación de ajuste (GFI $\geq 0,95$); índice de ajuste normalizado (NFI $\geq 0,95$); coeficiente de Tucker-Lewis (TLI $\geq 0,95$); índice de ajuste comparativo (CFI $\geq 0,95$); raíz del residuo estandarizado medio (SRMR $\leq 0,08$); error cuadrático medio aproximado (RMSEA $\leq 0,05$)⁹.

Para la AFE, se utilizó el software R y, para la AFC, el software AMOS versión 24.

Etapa 5: definición de la escala del instrumento

Con base en los resultados del AFE y del AFC con los ítems finales seleccionados para componer el instrumento, se identificaron los pesos y se elaboraron las instrucciones para el uso de la escala y para la obtención del puntaje final.

Esta investigación se realizó de acuerdo con los preceptos éticos y legales exigidos por la Resolución CNS 466/2012. Fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación (CEI) del Hospital Israelita Albert Einstein (Dictamen n.º 2.060.816).

Resultados

Etapa 1: revisión bibliográfica y elaboración de los ítems del instrumento

Se seleccionaron 47 estudios. La mayoría de las publicaciones (23; 48,9%) se encontró en MEDLINE, con la mayor concentración en el año 2009 (10; 21,2%). Para cada sentimiento, creencia o actitud mencionados en los artículos, se elaboró un ítem para componer el instrumento, lo que resultó en 55 ítems.

Etapa 2: validación de contenido y del proceso de respuesta

Los 55 ítems elaborados se asignaron a tres dominios (sentimientos, creencias y actitudes) y se sometieron a validación de contenido por el grupo de especialistas, compuesto por cinco enfermeros, una abogada, un sacerdote/filósofo, dos médicos y un psicólogo. La edad promedio de los jueces fue de 43,3 años, con igual distribución entre géneros. Cinco especialistas tenían doctorado, cuatro tenían máster y uno era especialista.

Se realizaron dos rondas de evaluación. En la primera, se aprobaron 15 ítems, y se sugirió incluir un nuevo ítem, identificado con el número 56 - "Siento compasión al cuidar a un paciente que desea la eutanasia".

Los 40 ítems no aprobados en la primera ronda se ajustaron según las sugerencias y, junto con el ítem 56, se sometieron a la segunda ronda de evaluación. Solo seis jueces participaron en esta

ronda. Se aprobaron 27 ítems y se excluyeron 14, lo que resultó en un total de 42 aprobados, con AC2 de Gwet 0,80 (IC95%; $p < 0,05$) y $IVC \geq 80\%$.

Los diez enfermeros que participaron en la preprueba para validar el proceso de respuesta afirmaron que el instrumento propuesto era claro y de fácil comprensión, y no les resultó difícil responderlo. Los participantes en esta etapa no fueron incluidos en la muestra del estudio.

Etapa 3: análisis crítico de los ítems aprobados y elaboración del instrumento

Los autores excluyeron tres ítems por no cumplir con las recomendaciones Promis⁸ (tenían doble negativa, o dos informaciones en el mismo ítem), quedando, por lo tanto, 39 ítems.

Etapa 4: validación de la estructura interna y análisis de confiabilidad

El instrumento con 39 ítems fue respondido por 821 enfermeros. La mayoría eran mujeres (731; 89,8%), con edades comprendidas entre 20 y 64 años (mediana de 29 años). El tiempo de formación osciló entre cero y 33 años, con una mediana de dos años. La mayor parte de los participantes eran solteros (452; 55%), sin hijos (601; 73,2%) y católicos (381; 46,4%).

La muestra se aleatorizó en los subgrupos A (n=411) y B (n=410). La factorización de los datos se probó en el subgrupo A y se confirmó al obtener $KMO=0,83$ y $TEB < 0,001$. Se extrajeron los datos y se excluyeron 25 ítems, por tener carga factorial $< 0,50$, comunalidades $< 0,40$ o doble saturación, quedando 14 ítems en el instrumento.

Se realizó una nueva reespecificación del modelo, en la que hubo que excluir dos ítems más, por presentar comunalidades $< 0,40$. Restaron, entonces, 12 ítems, organizados en dos factores denominados actitudes y sentimientos, respectivamente, con una varianza explicada del 69%. El análisis de confiabilidad se realizó considerando el instrumento total - $\alpha=0,85$ (IC95%: 0,83; 0,87) y $\Omega=0,89$ (IC 95%: 0,88; 0,90) -, así como cada uno de los factores, de forma individual (Tabla 1).

Estos 12 ítems se sometieron al AFC los datos del subgrupo B (n=410). El modelo inicial se obtuvo considerando dos dimensiones correlacionadas, y la única medida satisfactoria fue la SRMR

(0,069). Se procedió al control de errores, considerando las altas covarianzas entre los ítems 44, 45 y 46, de manera que el nuevo modelo presentó un buen ajuste en todos los criterios de adecuación: razón $\chi^2/GL=2,384$; GFI=0,952; NFI=0,962;

TLI=0,970; CFI=0,977; SRMR=0,037; RMSEA=0,058 (0,045; 0,072 - IC90%).

Luego, se elaboró la versión final del instrumento titulado Escala Brasileña de Percepción sobre la Eutanasia (BEPS).

Tabla 1. Análisis factorial exploratorio y confiabilidad (n=411)

Ítem	F1	F2	Comunalidad	α (IC95%)	Ω (IC95%)
Q46	0,89	-0,01	0,80		
Q43	0,89	-0,02	0,80		
Q45	0,86	0,03	0,72		
Q44	0,86	0,06	0,70		
Q48	0,86	0,02	0,72	0,95 (0,95; 0,96)	0,95 (0,95; 0,96)
Q47	0,85	-0,01	0,72		
Q53	0,80	-0,02	0,66		
Q49	0,80	-0,08	0,70		
Q32	0,67	0,01	0,44		
Q6	-0,01	0,94	0,88		
Q8	0,01	0,78	0,60	0,84 (0,82; 0,86)	0,85 (0,83; 0,86)
Q4	0,00	0,71	0,51		

Etapa 5: definición de la escala del instrumento

Para calcular la escala del instrumento, es necesario que se respondan los 12 ítems. El puntaje se obtendrá de la suma de las respuestas en la escala tipo Likert, de forma que el puntaje del dominio actitudes (ítems 1 a 9) varía de 9 a 45 y, cuanto mayor el valor, mayor la actitud favorable hacia la

eutanasia, demostrando connotaciones positivas de los encuestados.

Para el dominio sentimientos (ítems 10 a 12), el puntaje osciló entre 3 y 15, y, cuanto mayor el valor, más negativos son los sentimientos del enfermero con relación a la eutanasia, lo que confiere una relación inversa al puntaje de los dominios.

El Cuadro 1 presenta las instrucciones para completar la BEPS.

Cuadro 1. Instrucciones para completar la Escala Brasileña de Percepción sobre la Eutanasia

<p>Por favor, responda a los siguientes ítems de acuerdo con su opinión sobre la eutanasia. Si nunca has vivido una situación similar a la anterior, responde cómo imaginas que sería tu posición ética frente a ella. Marca una alternativa para cada pregunta, considerando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estoy totalmente en desacuerdo con la afirmación. 2. Estoy parcialmente en desacuerdo con la afirmación. 3. No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo con la afirmación 4. Estoy parcialmente de acuerdo con la declaración. 5. Estoy totalmente de acuerdo con la afirmación 						
	Ítems	1	2	3	4	5
1.	Sufro cuando un paciente pide la eutanasia					
2.	Estaría de acuerdo en participar en la eutanasia de un paciente si se legalizara en Brasil					
3.	Estoy a favor de la eutanasia					

continúa...

Cuadro 1. Continuación

Por favor, responda a los siguientes ítems de acuerdo con su opinión sobre la eutanasia. Si nunca has vivido una situación similar a la anterior, responde cómo imaginas que sería tu posición ética frente a ella. Marca una alternativa para cada pregunta, considerando:

1. Estoy totalmente en desacuerdo con la afirmación.
2. Estoy parcialmente en desacuerdo con la afirmación.
3. No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo con la afirmación
4. Estoy parcialmente de acuerdo con la declaración.
5. Estoy totalmente de acuerdo con la afirmación

Ítems	1	2	3	4	5
4. Apagaría los dispositivos de soporte vital de un paciente con una enfermedad incurable en etapa terminal					
5. Administraría medicamentos sabiendo que causarían la muerte de un paciente con una enfermedad terminal incurable					
6. Pediría la eutanasia para un familiar cercano si este tuviera una enfermedad incurable en etapa terminal					
7. Pediría la eutanasia para mí mismo(a) si tuviera una enfermedad incurable en etapa terminal					
8. Apoyo a cualquiera que pida la eutanasia para sí mismo					
9. Aceptaría el pedido de eutanasia de un familiar de un paciente con una enfermedad incurable en etapa terminal					
10. Siento angustia al tratar con pacientes que quieren someterse a la eutanasia					
11. Siento tristeza al tratar con pacientes que desean someterse a la eutanasia					
12. Practicar la eutanasia es ser justo con el paciente que tiene una enfermedad incurable en etapa terminal					

Discusión

El instrumento se construyó con 12 ítems, distribuidos en dos dimensiones (actitudes, con nueve ítems, y sentimientos, con tres ítems), según el método autoadministrado, con propiedades psicométricas consistentes que logran explicar gran parte (69%) del fenómeno “percepción de los enfermeros sobre la eutanasia”.

Estas características de la BEPS siguen las recomendaciones de la literatura que orientan la elaboración de instrumentos breves, con lenguaje sencillo, para una aplicación más rápida, evitando la fatiga y el desinterés por parte del encuestado¹⁰. Además, una escala de autoinforme permite al enfermero expresar libremente sus opiniones, ya que el tema es naturalmente sensible y controvertido y, eventualmente, sus convicciones personales pueden ser contrarias a las leyes y códigos de ética profesionales^{1,6}.

Con respecto a las actitudes, el instrumento aborda tanto aspectos relacionados con la posición del enfermero (como ser favorable a la eutanasia,

aceptar participar y apoyar un pedido de eutanasia) como sus posibles acciones (pedir la eutanasia para sí mismo o para un familiar considerando la presunción de eutanasia, apagar dispositivos o administrar medicamentos con el fin de ayudar un paciente a morir).

Los sentimientos abordados en el instrumento son la angustia, la tristeza y la justicia. El instrumento, al personalizar el tema, induce al enfermero a una reflexión más profunda y próxima de la realidad de sus sentimientos y probables actitudes.

Aunque la BEPS está destinada a ser utilizada por enfermeros, cabe resaltar que la muestra de validación estuvo compuesta, en su mayoría, por profesionales estudiantes de posgrado, jóvenes, solteros, sin hijos y en inicio de su carrera profesional, lo que puede no representar la totalidad del universo de profesionales de Brasil. Estudios futuros podrán validar el uso de esta escala con otros perfiles profesionales y en contextos diferenciados, y, aun, con profesionales de la salud de otras áreas.

A pesar de la obtención de buenos resultados relativos al análisis psicométrico del instrumento,

resulta difícil comparar la BEPS con otras escalas encontradas en la literatura. Pocos son los instrumentos publicados que evalúan constructos relacionados con la eutanasia.

Tras una extensa búsqueda bibliográfica, se encontraron los siguientes instrumentos: Chinese Expanded Euthanasia Attitude Scale (EAS-EC)¹¹, Attitudes Toward Euthanasia (ATE) Scale¹², Attitude Towards Dignified Death^{13,14}, Attitudes van verpleegkundigen over beslissingen aan het levenseinde bij patiënte¹⁵ y Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying (FATCOD)^{16,17}.

Ninguna de estas escalas había sido validada para enfermeros ni abordaba específicamente la percepción de estos profesionales sobre el tema. Además, no estaban disponibles para consulta o presentaban fallos conceptuales, metodológicos o psicométricos en su elaboración, adaptación o validación, lo que imposibilitó la comparación de los resultados¹¹⁻¹⁷.

El único estudio nacional identificado sobre el tema fue una disertación de máster de 1986, en la que la investigadora creó y probó algunas propiedades de un instrumento denominado Escala de Actitud sobre la Eutanasia¹⁷ en un grupo de médicos

y abogados. Sin embargo, debido a que se han producido importantes cambios sociales desde ese período, los ítems que componían la escala no responden a las exigencias del escenario actual y a las preocupaciones contemporáneas, por lo que tampoco permiten una adecuada comparación de resultados.

Por lo tanto, se recomienda el uso de la BEPS para ayudar a los enfermeros a comprender sus percepciones (actitudes y sentimientos) sobre la eutanasia, teniendo en vista el desconocimiento del tema por parte de los profesionales —incluso entre aquellos que enfrentan la muerte con frecuencia¹⁸—, y, a partir de ahí, permitir una mejor conducción de las actividades pedagógicas y de las deliberaciones bioéticas acerca del tema.

Consideraciones finales


Se elaboró un instrumento para identificar la percepción de los enfermeros sobre la eutanasia, compuesto por 12 ítems, divididos en dos dominios, que demostró buenas evidencias de validez de contenido, proceso de respuesta, estructura interna y confiabilidad.

Referencias

1. Kovács MJ. Bioethics concerning life and death. *Psicol USP* [Internet]. 2003 [acceso 24 out 2022];14(2):115-67. DOI: 10.1590/S0103-65642003000200008
2. Georges JJ, Grypdonck M. Moral problems experienced by nurses when caring for terminally ill people: a literature review. *Nurs Ethics* [Internet]. 2002 [acceso 24 out 2022];9(2):155-78. DOI: 10.1191/0969733002ne495oa
3. Moraes HVB. Da eutanásia no direito comparado e na legislação brasileira. *Rev Jus Navegandi* [Internet]. 2012 [acceso 24 out 2022];17(3463). Disponível: <https://bit.ly/3w6MoZn>
4. Mendes FP. A tipificação da eutanásia no Projeto de Lei nº 236/12 do Senado Federal (novo Código Penal). *Rev Jus Navegandi* [Internet]. 2012 [acceso 24 out 2022];17(3456). Disponível: <https://bit.ly/3vZxuUN>
5. Siqueira-Batista R, Schramm FR. Euthanasia: along the road of death and autonomy. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2004 [acceso 24 out 2022];9(1):31-41. DOI: 10.1590/S1413-81232004000100004
6. Kyba FC. Legal and ethical issues in end-of-life care. *Crit Care Nurs Clin North Am* [Internet]. 2002 [acceso 24 out 2022];14(2):141-55. DOI: 10.1016/s0899-5885(01)00004-1
7. Davidoff LL. Introdução à psicologia. São Paulo: Pearson Education do Brasil; 2001. p. 141-5.
8. PROMIS. Instrument Development and Validation Scientific Standards Version 2.0 [Internet]. 2013 [acceso 24 out 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3GKf1R1>
9. Hair JF Jr, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise multivariada dos dados. 6ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
10. Devellis RF. Scale development: theory and applications. 2ª ed. Thousand Oaks: Sage; 2003.

11. Chong AM, Fok SY. Validation of the Chinese expanded euthanasia scale. *Death Stud* [Internet]. 2013 [acceso 24 out 2022];37(1):89-98. DOI: 10.1080/07481187.2011.623214
12. Wasserman J, Clair JM, Ritchey FJ. A scale to assess attitudes toward euthanasia. *Omega* [Internet]. 2005 [acceso 24 out 2022];51(3):229-37. DOI: 10.2190/FGHE-YXHX-QJEA-MTMO
13. Ray R, Raju M. Attitude towards euthanasia in relation to death anxiety among a sample of 343 nurses in India. *Psychol Rep* [Internet]. 2006 [acceso 24 out 2022];99(1):20-6. DOI: 10.2466/pr0.99.1.20-26
14. Nogueira CMR. Atitudes dos enfermeiros perante decisões de fim de vida [dissertação] [Internet]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2010 [acceso 24 out 2022]. p. 129. Disponível: <https://bit.ly/3iCdrIL>
15. Braun M, Gordon D, Uziely B. Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2010 [acceso 24 out 2022];37(1):43-9. DOI: 10.1188/10.ONF.E43-E49
16. Dunn KS, Otten C, Stephens E. Nursing experience and the care of dying patients. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2005 [acceso 24 out 2022];32(1):97-104. DOI: 10.1188/05.ONF.97-104
17. Faria YS. Relação entre atitudes sobre eutanásia e crenças religiosas [dissertação] [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas; 1986 [acceso 24 out 2022]. p. 184. Disponível: <https://bit.ly/3EyVGBU>
18. Biondo CA, Silva MJP, Dal Secco LM. Dysthanasia, euthanasia, orthotanasia: the perceptions of nurses working in intensive care units and care implications. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2009 [acceso 24 out 2022];17(5):613-9. DOI: 10.1590/S0104-11692009000500003


Beatriz Murata Murakami – Magíster – bia_murata@yahoo.com.br

 0000-0003-2991-7069

Renata Eloah de Lucena Ferretti-Rebustini – Doctora – reloah@usp.br

 0000-0002-6159-5787

Fernanda Amendola – Doctora – fernanda_amendola@yahoo.com.br

 0000-0003-2288-4225

Fabiane de Amorim Almeida – Doctora – fabiane.almeida@einstein.br

 0000-0002-8062-3579

Correspondencia

Beatriz Murata Murakami – SQSW 306, bloco B, ap. 603, Sudoeste CEP 70673-432. Brasília/DF, Brasil.

Participación de las autoras

Beatriz Murata Murakami elaboró el proyecto científico, realizó la recolección y el análisis de datos y participó en la discusión de los resultados y en la redacción del manuscrito. Renata Eloah de Lucena Ferretti-Rebustini colaboró en el análisis de datos, en la discusión de resultados y en la redacción del manuscrito. Fernanda Amendola elaboró el proyecto científico, realizó el análisis de datos y participó en la discusión de los resultados y en la elaboración del manuscrito. Fabiane de Amorim Almeida elaboró el proyecto científico, realizó el análisis de datos y contribuyó a la discusión de los resultados y a la redacción del manuscrito.

Recibido: 26.10.2021

Revisado: 7.8.2022

Aprobado: 9.12.2022